- path inf : - tuberculose : BK
- maladie de Whipple
- lambliase, parasitose (muqueuse intacte, ↑ infiltrat infl.)
- CMV, herpes : ulcérations : IMC, AC et CMV

Pathologie de l'intestin grêle

- path non infect :
  - maladie coeliaque
  - maladie de crohn
  - path ischémique
- path tumorale :
  - adénome
  - adénocarcinome
  - tumeur neuroendocrine
  - Lymphomes
  - tum mésenchymateuses stromales

Sommaire

Introduction

- La pathologie de l'intestin grêle est prédominée par
  - Les syndromes de malabsorption se traduisant cliniquement par un retard staturo- pondéral , une diarrhée chronique avec un ballonnement et ou douleur abdominale
  - Les étiologies les plus fréquentes sont
    - la maladie cœliaque (duodénojéjunale)
    - une origine infectieuse .

iléale (maladie de crohn)

Introduction

- Les tumeurs épithéliales de l'intestin grêle sont relativement rares.
- Elles peuvent survenir dans un contexte de prédisposition génétique ou de maladie inflammatoire chronique de l'intestin.
- Le duodénum est le site de développement de carcinomes avec une prédilection autour de l'ampoule de Vater.
- Les tumeurs endocrines, les lymphomes et les tumeurs stromales sont les plus fréquentes.

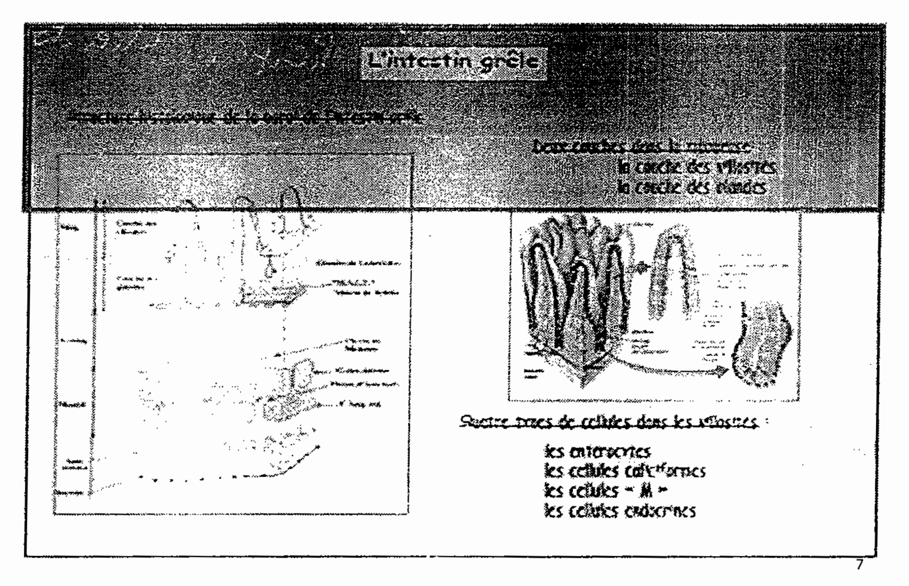
Moyens Dc :
- Prélèvement biopsie : sur les lésions
  - sur les zones nmles
- Dans certains cas on s'oriente vers les lésions endoscopique on les trouve sur la biopsie
- Dans diarrhée ch : - biopsie colique à la recherche de colite micr
  - " duodénale " d'une lambliase
- " maladie de crohns recherche de lésions à minima

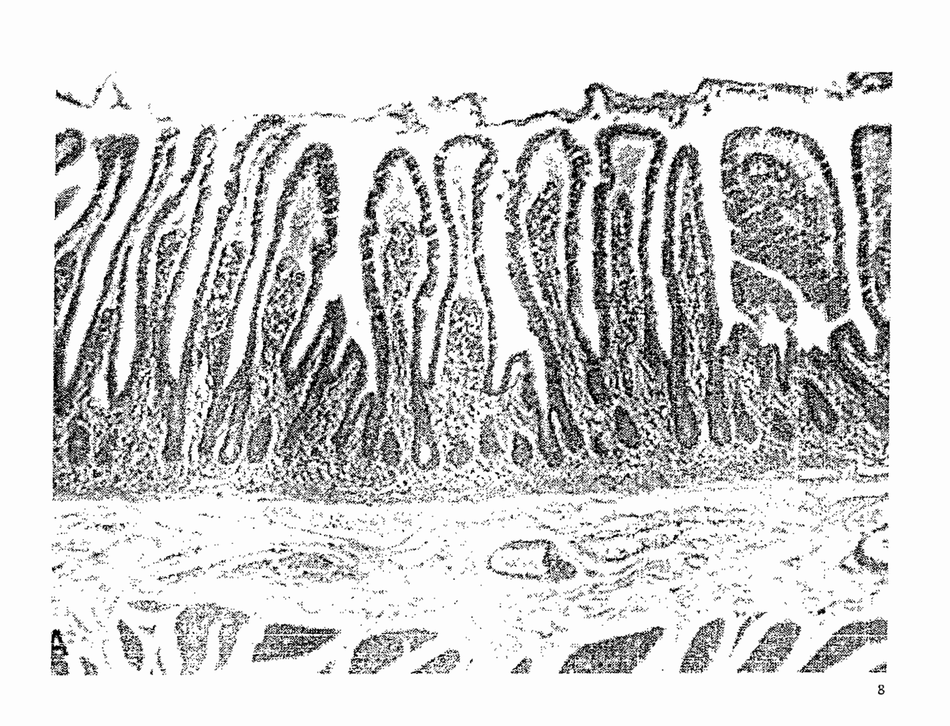
Rappels

Anatomique

- Le duodénum est constitué de deux portions :
  - D2 : se trouve les axes artériels de l'estomac
  - D3 : Tronc cœliaque, A. et hile spléniques, rétropancréatiques et para aortiques
- Le Jéjunum et l'iléon mesurent 5 à 6 mètres , Sous mésocolique à bord mésentérique et bord libre. Le Diverticule de Meckel se situe à 80 cm de la jonction iléo caecale.
- Mobiles, ils sont rattachés à la paroi postérieure par le **Mésentère**
- La Vascularisation se fait par les artères et veines mésentériques.

Histologique



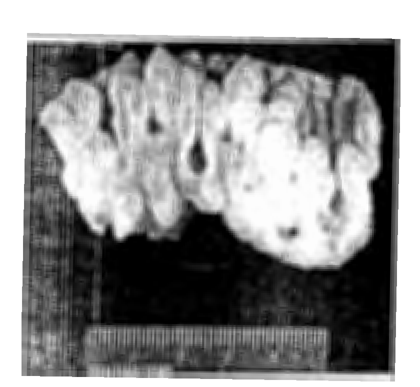


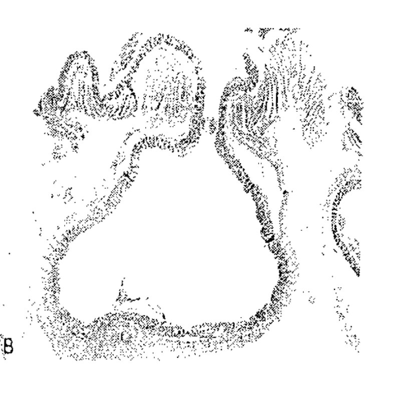
Anomalies Congénitales

- Atrésie (obstruction complète)
- Sténose (incomplète)

- **Diverticule de Meckel** : Absence d'involution du canal vitellin et se situe au bord antimésentérique de l'IG ; peut comporter des hétérotopies gastriques ou pancréatiques ou se compliquer d'ulcéres peptiques.

- **Aganglionose (M. de Hirshprung)** : Absence de cellules neuroganglionnaires (plexus myentériques, et sous muqueux) ; Obstruction (souvent recto-sigmoïdienne) et dilatation d'amont.





Diverticule

Pathologie Non tumorales

- **-Entérocolites infectieuses** :
  - Pays industrialisés: 1 à 2 x an (2nd en fréquence après le rhume)
  - Fréq. Virale, E. Coli: 40-50% agent non identifié.
- **Gastro-entérite virale**:
  - Rotavirus : inoculum 10 particules > 10p12 /ml
  - Population pédiatrique
- **Entérocolite bactérienne** :
  - Ingestion toxine préexistante
  - Infection par organismes produisant la toxine
  - Organismes entéroinvasifs
- **Lésions épithéliales non spécifiques et variables :**
  - Yersinia : granulome nécrosant
- **Entérocolite nécrosante** :
  - Atteinte inflammatoire aigue et nécrosante, grêle et colon: urgence néonatale
  - Causes: Immaturité système immunitaire, alimentation orale, colonisation bactérienne toxique
  - Morphologie: Hémorragie, inflammation, et gangrène.

Malabsorption

Maladie coeliaque: Path. dysimmunitaire   +++ chez l'enfant

Sensibilité au gluten, blancs: (gliadine): blé, avoine, orge Clinique :Diarrhée, Trouble de croissance (Enfant), Perte de poids, asthénie (Adulte).

- Morphologie : Disparition complète des villosités, aspect en mosaique   atteinte duodéno-jéjunale
- **Histologie** :
  - Effacement des villosités
  - Augmentation épaisseur couche cryptes
  - Altérations épithéliales (infiltration par LIE)
  - Hypercellularité du chorion
  - Immunohistochimie : LIE +++ (CD8 cytotoxiques)

Dc : - sérologie et rech d'Ac
- biopsie duodénale.

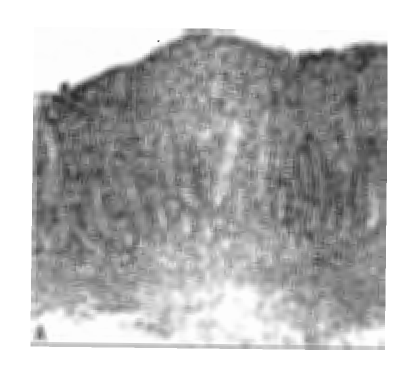
- **Sprue tropicale (post-infectieuse)**
  - Fréquence aux Tropiques, Caraïbes, Afrique centrale, Sud, Inde
  - Endémie, épidémie
  - Morphologie variée: Normale > Entérite sévère
  - Sd. de malabsorption: ttt Ab à large spectre.

- **Maladie de Whipple :**
  - Rare: Tropheryma Whippleii
  - Morphologie : Intestin grêle: Macrophages PAS+
  - Pas de lésion inflammatoire associée

Dc : biopsie duodénale → étude anapath

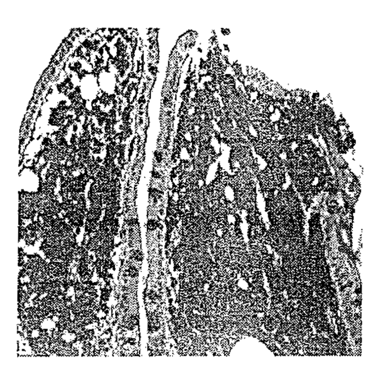
l'atteinte peut être gén, art ...
tropisme digestif : +++ duodénum
clinique : diarrhée, malabsorption, amaigrissement, fièvre, arthralgie





Maladie coeliaque





Maladie de whipple

Pathologie tumorale

Peuvent survenir dans un contexte de :
- sd de prédisposition génétique
- maladie inflammatoire ch de l'intestin

* Duodénum : site principal de carcinomes (prédilection autour de l'ampoule de Vater)

* sont aussi fréquents que les carcinomes
  - les lymphomes
  - les tumeurs neuroendocrines.

- Les **tumeurs de l'intestin grêle sont rares puisqu'il ne représentent que** 1à 5% des tumeurs du Tube digestif

- Il existe une Légère prédominance de tumeurs bénignes

Les tumeurs bénignes

- Les pseudo-tumeurs :
  - Hamartome des glandes de Brunner
- Léiomyome
- Neurofibrome
- **Adénome:** souvent situé au niveau de l'ampoule de Vater et péri ampullaire.
  - similaires aux adénomes coliques



Adénome de l'ampoule de vater

- retard Dc
- difficulté TRT
- mauvais Pc

Tumeurs malignes sont rares

- **Adénocarcinome** 17% 55% iléon 13%, péri ampullaires
  - Fréquent dans le jejunum et duodénum
  - Certaines conditions prédisposent aux cancers de l'IG : polypose familiale, syndrome de Peutz-Jeghers.
- **Tumeurs carcinoïdes** : découverte fortuite
  - Origine neuroendocrine
  - Syndrome carcinoïde
  - Potentiel malin: Appendice et rectum ; métastasent rarement, mais 90% iléon, estomac, colon métastasent
  - Morphologie : Cytologie régulière, architecture endocrine ;
  - IHC : Chromogranine, synaptophysine (+).
- **Lymphomes gastro-intestinaux** Lymphome B 30-60% : - à grd c, - MALT, - de Burkitt, - Like, - Lymphoblastique
  - 1 à 4% des tumeurs malignes I
  - Helicobacter, Méditerrané, Déficience immunitaire ou autre
  - associés à une entéropathie : maladie coeliaque réfractaire
- **Tumeurs mésenchymateuses**
  - **(GISTou T. stromales).**

Dc anapath : Hist + IHC + biologie mol

Histo : 3 formes : - à c fusiformes 70%
- épithélioïdes 20%
- mixtes 10%

IHC : c-Kit / CD117+ (95%)
CD34+ (70%)
H. caldesmone (80%)
DOG.1+ (98%)

- Leiomyome et Leiomyosarcome : rare.

Pathologie recto colique

Sommaire

- Introduction
- Rappels
  - Anatomique
  - Histologique
- Pathologie non tumorale du colon
  - Anomalies congénitales
  - Colites infectieuses et parasitaires
  - Maladies inflammatoires chroniques intestinales
- Pathologie tumorale du colon
  - Tumeurs bénignes
  - Tumeurs malignes
- Conclusion

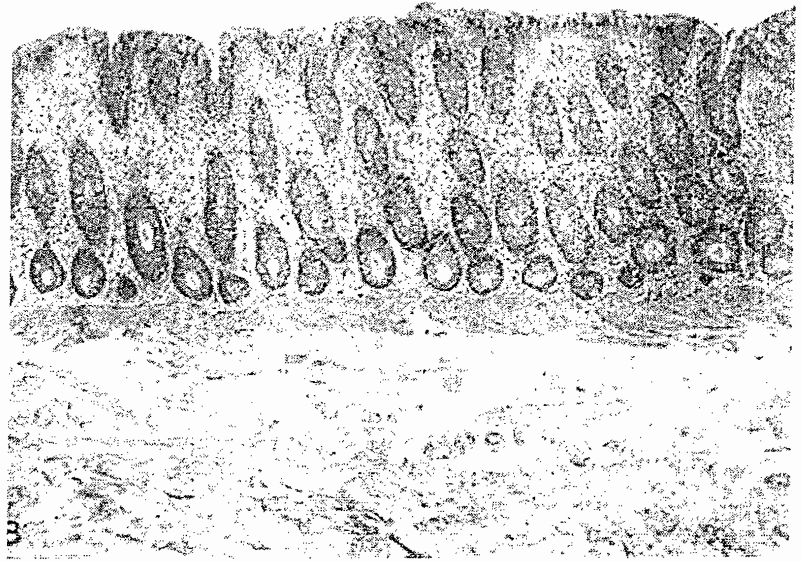
Introduction

- Variée
- Prédominance
  - Cancer
  - les maladies inflammatoires chroniques du colon.
- Le carcinome colorectal est la deuxième cause de mortalité par cancer.
- Les principaux facteurs prédisposant connus sont les syndromes génétiques de prédisposition et les maladies inflammatoires chroniques du colon.
- La carcinogénèse colorectale s'effectue généralement selon une progression bien définie :
  - cryptes aberrante- adénome en dysplasie de bas grade- adénome en dysplasie de haut grade- carcinome.

Anatomique

- En Forme de U renversé ; il mesure 1m40. Il s'étend de la Jonction iléo-caecale Jusqu'à la charnière recto sigmoïdienne
- Il est constitué du Coecum, du colon ascendant, transverse, descendant et du sigmoïde.
- Il comporte des Bandes ou taenias qui Convergent vers l'appendice vermiforme Appendices epiploique sur le sigmoïde avec des bosselures externes

Histologique



Pathologie non tumorale du colon

Maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI)

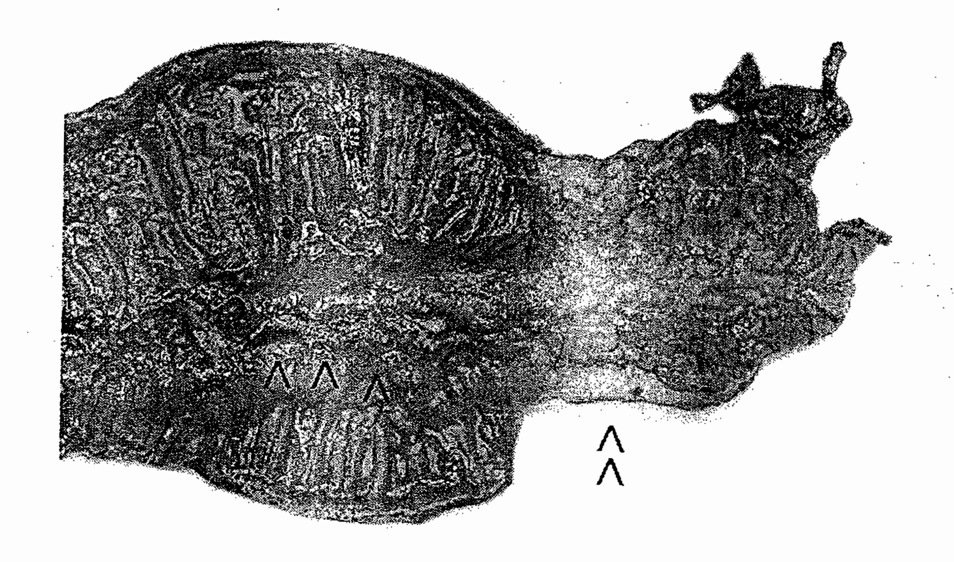
- MICI =
  - Maladies Inflammatoires chroniques intestinales (idiopathiques) = IBD (inflammatory bowel diseases) ; sont des affections récidivantes d'origine inconnue.
- regroupent
  - Colite ulcéreuse (CU) = RCH
  - Maladie de Crohn (MC): 'iléite terminale' 'entérite régionale', 'granulomateuse'
  - Colite indéterminée (10%)

Maladie de Crohn ou «Iléite terminale»

- Fréquente dans la population occidentale, pouvant atteindre la totalité du Tube Digestif.
- Les Pics de fréquence se situent entre 10-20 et 50-60 ans
- La clinique est variable: Diarrhées intermittentes, fièvre et douleur abdominales, intervalles libres
- Complications: sténose fibreuse, fistules
- Manifestations extra-intestinales: ostéo-articulaires.

Maladie de Crohn «Iléite terminale» Morphologie :

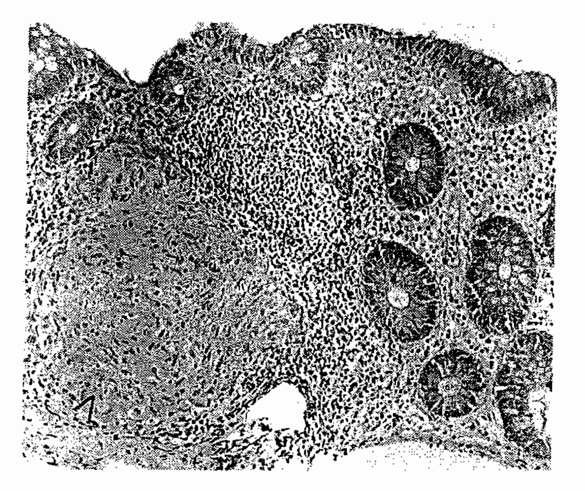
- De la bouche à l'anus ;
- IG: Iléon (80%)> J; (D subtiles + n (20%)] ; IG (30%)+ colon (50%); colon (20%), Colon (50% CR)
- Atteinte Discontinue, 1 ou n segments 'suspendus' séparés par une muqueuse saine.
- Les zones pathologiques se traduisent par :
  - Un aspect en pavage de la muqueuse : Fissures, Fistules entéro-entériques, au colon, peau, périnée, vessie, vagin, et abcès dans mésentère, péritoine ou rétro péritonéale.
  - L'aspect en tuyau d'arrosage iléal: se caractérise par une sténose segmentaire, un épaississement pariétal donnant une rigidité,
  - Scléro Lipomatose mésentère // activité et étendue.

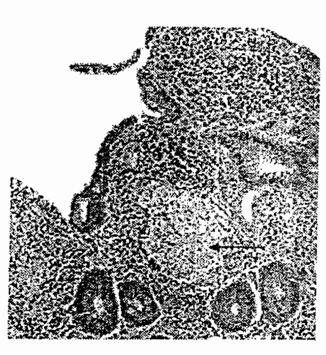


Microscopie

- Atteinte bien délimitée, segmentaire
- Transpariètale
  - Ulcération fissuraire,
  - Infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire en amas réparti au hasard dans l'épaisseur de la paroi,
  - Sclérolipmatose ,
  - Fistules ;
  - Granulome tuberculoïde de type sarcoidosique sans nécrose ;

Fibrose.





Colite ulcéreuse : RCH

- Maladie ulcéro-inflammatoire, colique, muqueuse
- Répartition géographique ~ Crohn: 20-25 ans
- Morphologie : Début rectum, s'étend sans intervalle de muqueuse saine
- Ulcérations, pseudo-polypes, pas d'épaississement pariétal.
- Clinique : Diarrhée mucoide et sanglante, intermittente, rémissions +/-longues
- Risque de cancer dans les pan colites.